

ЛЕЧЕНИЕ «АТИПИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ» ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Завистовская Н.В., Платонова О.Л.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

Интерес акушеров – гинекологов к вопросам эффективного лечения инфекционных заболеваний полового тракта, вызываемыми *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma spp.* и *Ureaplasma urealyticum* постоянно растет - вместе с ростом заболеваемости, отмечаемым почти во всем мире.

В связи с широкой распространенностью микст-инфицирования урогенитального тракта хламидиями и микоплазмами встает вопрос о необходимости проведения антибактериальной терапии, в равной степени эффективной в отношении хламидий, мико- и уреоплазм. Возникновение новых резистентных штаммов микроорганизмов постоянно поддерживает спрос на все новые виды и формы антибактериальных средств.

Инфекционные процессы полового тракта инфекция могут существенно осложнить беременность. С ними может быть связан риск таких неблагоприятных исходов беременности, как послеродовой эндометрит, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела (W. A. Andrews et al., 2000). По данным Центра по контролю заболеваемости США (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC), распространенность хламидийной инфекции у беременных женщин составляет от 2 до 24%. У 25 - 50% детей, рожденных инфицированными женщинами, развивается хламидийная инфекция глаз, у 10 - 20% - хламидийная пневмония (J. Schachter, 1995). Риск передачи инфекции новорожденному составляет около 70%.

Необходимость терапии урогенитальной инфекции у беременных, если ее по разным причинам не удалось провести до беременности, не вызывает сомнений у специалистов. Единственное условие, которое следует неукоснительно соблюдать при выборе адекватной терапии беременных, это четкое следование признанным, т. е. соответствующим принципам доказательной медицины, рекомендациям. На самом деле любые назначения в современной практике должны соответствовать таким принципам, но когда речь идет о лечении беременных, эти требования должны соблюдаться неукоснительно во избежание тяжелых последствий.

При освещении вопросов терапии хламидийной инфекции у беременных мы ориентировались на современные подходы к решению этой проблемы, изложенные в последних редакциях трех руководств: российском («Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем», под редакцией А. А. Кубановой, 2005 г.), европейском («Европейское руководство по ИППП», 2001 г.) и американском («Руководство по лечению ИППП» CDC, 2006 г.). Хорошо известно, что основными антибиотиками, рекомендованными всеми мировыми руководствами для лечения обсуждаемых возбудителей, являются тетрациклины и макролиды.

Цель исследования. Изучить возможность использования Джозамидина для лечения атипических инфекций половой системы при беременности.

Материалы и методы Всем пациенткам после разъяснения особенностей течения хламидийной инфекции, ее опасности для беременной и плода, необходимости проведения антибактериальной терапии и лечения, направленного на купирование осложнений беременности, действия препарата джозамицина и схемы его применения была назначена терапия, включавшая прием 1 таблетки (500 мг) Вильпрафена 3 раза/сут на протяжении 10 дней. Всем половым партнерам больных проводилось обследование и лечение генитальных инфекций. После терапии Вильпрафеном беременные в течение 3-х дней фиксировали возможные побочные эффекты препарата (тошнота, рвота, боль в животе, изменение характера стула, метеоризм, сыпь, кожный зуд). Контроль за эффективностью терапии осуществляли на основании результатов ПЦР через 4 недели после приема Вильпрафена. Лечение считали эффективным при отсутствии обнаружения генома хламидий. При положительных результатах первой ПЦР выполняли культуральное исследование (или ПЦР через 5-6 недель).

Микробиологическая эффективность применения джозамицина у беременных с хламидийной инфекцией по результатам первого контрольного обследования составила 93,06%. В трех наблюдениях при положительных результатах первой ПЦР не обнаружено роста хламидий. В течение 3 месяцев наблюдения микробиологически верифицированная персистенция хламидий после лечения сохранялась у 2 женщин (2, 78%).

Обсуждение результатов. Осложнениями гестационного процесса, связанными с хламидийной инфекцией, считали угрозу прерывания беременности, преждевременные роды, фетоплацентарную недостаточность и задержку роста плода, эхографические маркеры внутриутробного инфицирования (изменение эхогенности плаценты, много- и маловодие, структурные дефекты развития плода). Кроме того, отмечена высокая частота сочетания хламидиоза с патологией шейки матки и инфекцией мочевыводящих путей.

После проведения лечения Вильпрафеном по указанной схеме (1500мг/сут в течение 10 дней) зарегистрировано существенное снижение частоты осложнений беременности, родов, общей и инфекционной заболеваемости новорожденных.

Применение Вильпрафена для лечения урогенитального хламидиоза во время беременности, в том числе после неэффективной терапии другими антибиотиками, приводит к микробиологической излеченности у 97,22% пациенток. Важно отметить, что такие высокие показатели эффективности лечения достигнуты в группе женщин с рецидивирующей и хронической хламидийной инфекцией. Кроме того, применение джозамицина возможно вне зависимости от срока беременности. Не было зарегистрировано отказов от рекомендованного лечения. Нежелательные явления на фоне приема Вильпрафена в виде тошноты отметили 2 беременные и в виде «тяжести» в животе - 1 женщина (всего 4, 17%). Особенностью хронической хламидийной инфекции является скудная симптоматика или полное отсутствие клинических проявлений заболевания, что приводит к поздней диагностике. В то же время, нерациональная антибиотикотерапия не только обуславливает возникновение резистентности возбудителя, но и приводит к позднему началу адекватного лечения. Высокая частота ассоциированных с инфекцией осложнений требует проведения высокоинформативных методов диагностики хламидиоза и назначение этиотропной терапии в комплексном лечении беременных

Частота перинатальных инфекций после использования Вильпрафена во время беременности снизилась в 2,4 раза. Не было отмечено случаев хламидийной пневмонии и генерализованной инфекции у новорожденных, матери которых получали терапию джозамицином.

Таким образом, у беременных с ИППП эхографические маркеры инфекции обнаруживаются почти в 30%. Частота фетоплацентарной недостаточности у этих женщин возрастает почти в 2 раза. Гемодинамические нарушения у беременных с восходящим инфицированием плода преимущественно регистрируются в плодово-плацентарном звене кровообращения.

Так как хроническая и рецидивирующая хламидийная инфекция приводит к изменениям фетоплацентарного комплекса, необходимо своевременно диагностировать хламидийные поражения и осуществлять комплексную терапию с учетом степени распространения процесса, срока беременности и наличия сопутствующих осложнений. Лечение хламидийной инфекции у беременных с помощью джозамицина (Вильпрафена) уменьшает частоту материнских и перинатальных осложнений, имеет хорошую переносимость, обладает высоким удобством для соблюдения режима приема и психологического комфорта пациенток.

Выводы.

1. Исследования показали, что джозамицин является эффективным средством, позволяющим добиться успеха при лечении больных с хламидийной, микоплазменной и уреаплазменной инфекцией.

2. Препарат обладает способностью быстро всасываться и накапливаться в тканях в высоких концентрациях. Прекрасный профиль безопасности позволяет применять джозамицин при лечении беременных женщин, а также детей. Джозамицин с уверенностью можно рекомендовать к широкому применению врачам акушерам-гинекологам, дерматовенерологам, урологам.

Литература:

1. Соловьев, А.М. Новое в рекомендациях по лечению хламидийной инфекции во время беременности / А.М. Соловьев, М.А. Гомберг. – Лечащий врач – 2006. - N10. – С 30-32.